



Некоторая Клиника – Морфологическая Течения Лейкоплакия Полости Рта

1. Бабаева. Н

Received 2nd Aug 2023,
Accepted 19th Aug 2023,
Online 7th Sep 2023

¹ Бухарский Государственный
Медицинский Институт

Аннотация: В данной стаби приведен особенностей и клиника – морфологический течение лейкоплакия. Одновременно развития лейкоплакия происходит поэтапно. При программировании процесса очага лейкоплакия представляющая собой равномерно приниматься над уровнем окружающей ткани и могут примой бугристый вид. Такое поражение характерно для веррукозное лейкоплакии.

Ключевые слово: лейкоплакия, клиника, морфология, злокачественный.

Клиническая картина лейкоплакии зависит как от формы заболевания и вызывающего ее фактора, так и от локализации. Течение лейкоплакии 01 момента ее появления до начала озлокачествления характеризуется несколькими этапами [Лукиных Л.М., 2000, Аташаха Т. 61а., 2011].

Процесс обычно начинается с так называемой предлейкоплакической стадии, которая характеризуется воспалением участка СОР, причем крайне редко л у стадию можно наблюдать на красной кайме губ [Машкиллейсон АЛ., 1970].

Затем развивается плоская форма лейкоплакии, представляющая собой равномерное ороговение ограниченного участка слизистой оболочки, которое является результатом гиперплазии эпителия, сопровождающееся хроническим воспалением стромы. Чаще очаги плоской лейкоплакии располагаются на слизистой оболочке щек, в углах рта, иногда на дне полости рта, имея вид 01 сероватой до серовато-белой бляшки, не возвышающейся над уровнем окружающей слизистой оболочки и не снимающейся при поскабливании.

При прогрессировании процесса очаги лейкоплакии иачиияю 1 приподниматься над уровнем окружающих тканей и могут принимать бугристый вид. Такое поражение характерно для веррукозной лейкоплакии.

Веррукозная форма лейкоплакии полости рта бывает двух видов: бляшечная и бородавчатая.

При обеих этих формах бляшки серовато-белого или молочного цвета, резко выступающие над окружающей слизистой, при пальпации плотной консистенции. Локализация очагов-чаще дорсальная и боковая поверхность языка, слизистая щек, редко язычная поверхность альвеолярного отростка и дно полости рта. Озлокачествление наблюдается в 20-23% случаев[Feller L. et al, 2010].

При веррукозной форме лейкоплакии могут появляться трещины и эрозии, которые систематически подвергаются термическому) или механическому раздражению. Это так называемая эрозивная форма, наиболее склонная к озлокачествлению - до 25-27% от всех случаев других форм лейкоплакии [Petti S., 2003, Neville B. W. et al., 2009].

Лейкоплакия курильщиков Танпейнера или никотиновый стоматит возникает в основном на слизистой оболочке твердого неба у пациентов, регулярно и много потребляющих табачные изделия и часто пользующихся трубкой. Слизистая оболочка твердого неба имеет вид белесоватого или белого цвета, на фоне которого хорошо видны красноватого цвета точечные устья выводных протоков малых слюнных желез. Это заболевание было описано СидН/. О. в 1928 г., а в 1941 г. Thoma K. П. отмечал похожую клиническую картину под названием никотиновый стоматит. Но в 1949 г. именно Tappeiner S. дал подробную клиническую и гистологическую характеристик) этой формы лейкоплакии, отметив, что в основе данной патологии лежит поражение выводных протоков малых слюнных желез, а не самих слюнных желез.

Характерная особенность лейкоплакии, встречающаяся при всех ее формах - диффузное воспаление, сопровождающееся часто значительной инфильтрацией верхней части стромы [Reibel I., 2003].

При плоской форме лейкоплакии наблюдается паракератоз, толщина шиповатого слоя составляет 40-50 рядов клеток, отмечается акапоз. Зернистый слой отсутствует. Таким образом, паракератоз при лейкоплакии чаще сочетается с эпителиальной гиперплазией.

При веррукозной лейкоплакии определяется мощный гиперкератоз, редко сочетающийся с небольшими очагами паракератоза, иногда в патологический процесс вовлечен блестящий слой, зернистый слой состоит из 4-5 рядов клеток с хорошо выраженной зернистостью.

Шиповатый слой - из 8-12 рядов клеток. Иногда выявляются атипичные клетки. В отдельных случаях отмечался выраженный акантоз, сопровождающийся удлинением и расширением эпителиальных выростов. Иногда наблюдались изменения клеток шиповатого слоя. Клетки были разной величины и формы, имели крупные гиперхромные ядра, содержащие в среднем 2-4 крупных ядрышка.

Значительно чаще такая дискомплексация клеток шиповатого слоя и клеточная атипия выражены при эрозивной форме лейкоплакии, при которой воспалительная реакция в строме достигала максимума (расширенные лимфотические и кровеносные сосуды, резкое изменение стенок глубоколежащих сосудов стромы) [Скородімова Л.О. с соавт., 2013, (iao Y. Et al., 2012].

При начинающемся озлокачествлении лейкоплакии помимо удлинения эпителиальных выростов далеко за физиологическую границу, наблюдается дискомплексация клеток нижних рядов шиповатого и базального слоев, разрушение базальных мембран, происходит увеличение числа и величины ядрышек в клетках нижних рядов шиповатого слоя.

Таким образом, особенности злокачественной трансформации эпителия СОР бывают сложными, поэтому необходимо искать дополнительные диагностические критерии, позволяющие более точно определить степень дисплазии эпителия СОР [Рабинович И.М., 2007, Bouqout J.H. et al., 2006, Ciravcland A.P. et al., 2013, James-Martine S. et al., 2008, Meisel P. et al., 2013].

В настоящее время для диагностики дисплазии эпителия слизистой оболочки рта используется иммуногистохимический метод (ИГХ), позволяющий более точно определить степень дисплазии (SIN1, SIN2, SIN3). Маркерами злокачественной трансформации являются белок Ki-67, маркер акантоза белок p53 [Бабиченко И.И. с соавт., 2008, Nasser W. et al., 2011], белки цитоскелета - цитокератин 8 и 19 [Filles T. et al., 2007, Nanda K.D. et al., 2012, Prabakaran S. et al., 2014], -

кадхсрин [VonLeidler S.V. et al., 1994] и бега-катенин [shicla K Ftal., 2007], а также белок базальной мембраны- коллаген IV iniia и фермент, расщепляющий его - матриксная металлопротеиназа-9 [Tortorici S. et al., 2008, losios K.I. et al., 1998].

В связи с выше изложенным гистологический и иммуногистохимический методы исследования являются необходимыми в диагностике различных форм лейкоплакии.

Одной из основных тенденций современной медицины является совершенствование неинвазивных методов диагностики патологических процессов, сопровождающихся изменениями структуры тканей.

Стандартным методом, как уже говорилось ранее, является гистологическое исследование биоптатов тканей. Взятие биоптата с периферии опухоли, где могут наблюдаться все стадии процесса от cancer insitu до дисплазии различных степеней, по мнению Ghurani G.B. (2001) является наиболее частой причиной ложноотрицательных результатов биопсии. Поэтому информация о внутренней структуре биологических тканей важна для диагностики заболеваний, и для адекватного наблюдения за результатами лечения.

Рутинные методы визуализации, такие как компьютерная томография и магнито-резонансная томография, позволяют оценить структурные особенности тканей с пространственным разрешением не выше 100- 1000 мкм [Swanson F. et al., 1993, Tearney G.J. et al., 1998]. В последнее время предпринимались попытки приблизить разрешающую способность методов к клеточному уровню (= Юмки), что стало возможным для ядерного магнитного резонанса, конфокальной оптической микроскопии (Chen Y. et al., 2005, 2002, Fercher J.F. et al., 2003) и оптической когерентной томографии (ОКТ) (Глалкова Н.Д. и др., 2002, Фомина К.В. и др., [2004, Huang D. et al., 1991, Milner T.H. et al., 2002].

Таким образом, клиника морфологического течения лейкоплакии прогрессирует, поэтому. При послойной фиксации лейкоплакии наблюдается мощный гиперкератоз. При особом течении злокачественной трансформации эпителия приходится к сложному процессу. Поэтому необходимо искать дополнительные диагностические критерии позволяющие более точно определить степень дисплазии эпителия сор.

Литература:

1. Бочарова О.А. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта: патогенез и возможности коррекции факторами адаптогеном / О.А. Бочарова, М.М. Пожарицкая, Л. Чекалина и др. // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. - 2004. 12. - С. 652-657.
2. Брусенина Н.Д. Опыт комплексного лечения хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ / Н.Д. Брусенина, С.В.Тарасенко, Г.А. Рыбалкина и др.// Стоматология для всех. - 2007. - № 3. -С. 14-17.
3. Вакуловская И.Г., Шенталь В.В. Фотодинамическая терапия опухолей головы и шеи и с использованием фотосенси. Фотодинамическая терапия // Материалы III Всерос. Симпозиума 11-12 октября 1999 года.- М., 1999. - С. 26-29.
4. Гилева О.С. 11 родраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта / О.С. Гилева, Т.В. Либик, А.А. Позднякова, Л.Я. Сатюкова // Проблемы стоматологии. - 2013. -№2. -С. 3-9
5. Izumi, K. Development of a tissue-engineered human oral mucosa: from the bench to the bed side / K. Izumi, J. Song, SE. Feinberg // Cells Tissues Organs. - 2004. - 176. - 134 pp.

6. Izumi, K. Ex vivo development of a composite human oral mucosal equivalent / K. Izumi, G. Takacs, H. Terashi, S.E. Feinberg // J Oral Maxillofac Surg. - 1999. -57. - 571 pp.
7. Jarczak, J. Defensins: natural component of human innate immunity /J. Jarczak, E.M. Kosciuczuk, P. Lisowski et al // Hum Immunol. - 2013. - 74(9). - Pp. 1069-1079.
8. Jurge, S. Mucosal Diseases Series Number VIRecurrent aphthous stomatitis / S. Jurge, R. Kuffer, C. Scully, S.R. Porter // Oral Diseases. - 2006. - 12. - Pp. 1-21.
9. Kang, J.G. Bacterial diversity in the human saliva from different ages / J.G. Kang, S.H. Kim, T.Y. Ahn // J Microbiol. - 2006. - 44. - Pp. 572-576.
10. Karıncaoglu, Y. The levels of plasma and salivary antioxidants in the patient with recurrent aphthous stomatitis / Y. Karıncaoglu, K. Batcioglu, T. Erdem et al // Journal of Oral Pathology and Medicine. - 2005. - 34(1). - 7-12 pp.
11. XS Samadova.,Turli mehnat sharoitidagi omillarning inson organizmiga gigiyenik bahosi// Ta'lim fidoyilari, C8-11
12. XC Самадова.,СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ ИНСОН САЛОМАТЛИГИНИНГ АСОСИДИР//Journal of Advanced Research and Stability, Volume:02 Issue:09ISep-2022 ISSN:2181-2608 C198-201
13. SK Samandarovna.,The Problem of Environmental Pollution//Vital Annex:International Journal of Novel Research in Advanced Sciences, Volume:01 Issue: 03 I 2022 ISSN: 2751-756X Page81-85